

Tentando Compreender um Adolescente Psicótico

Yvana Coutinho de Oliveira

Terapeuta Ocupacional
especialista em
Psiquiatria e Psicologia
Clínica da Adolescência
pela UNICAMP e
mestranda em Psicologia
Clínica pela UNIFOR.

RESUMO

A autora faz uma revisão teórica sobre estrutura psicótica, adolescência e sintomas esquizofrênicos numa abordagem psicodinâmica e descreve um caso clínico de psicose na adolescência considerando a linguagem não-verbal utilizada na terapia ocupacional como forma de comunicação eficaz no tratamento de indivíduos com transtornos mentais.

ABSTRACT

The author writes a theoretic revision about psychosis structure, adolescence and schizophrenic symptoms in a psychodynamic broach and she describes a clinical case of adolescence psychosis considering the not verbal language used in a occupational therapy like efficient communication form of treatment in people with mental disorders.

INTRODUÇÃO

A temática deste artigo deve-se em grande parte à minha experiência profissional com pacientes psicóticos.

O desejo de compreendê-los e ajudá-los estimula minha atuação em um campo difícil por comportar uma camada segregada da população, onde identidade e cidadania são negados e encobertos pelo rótulo da loucura.

No decorrer deste trabalho, farei algumas considerações teóricas sobre as origens da

estrutura psicótica, seu surgimento em indivíduos adolescentes, a esquizofrenia como transtorno predominante entre as psicoses e a linguagem não-verbal destes pacientes resgatada na Terapia Ocupacional.

Apesar de considerar de grande importância a abordagem multidisciplinar no tratamento dos transtornos mentais, limitarei o enfoque à Terapia Ocupacional, que através da ação simbólica pode fazer fluírem vivências primitivas e seus conteúdos internos conflitivos, levando a sua maior compreensão e elaboração.

Acredito que as informações aqui fornecidas possam ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde mental a respeito da patologia mental estudada e da abordagem terapêutica ocupacional. Espero também que conscientizemo-nos que na realidade, a psicose é uma doença que deve ser tratada de forma a favorecer crescimento emocional. Não se marginaliza nem se cronifica. Reabilita-se ou cura-se. Principalmente, em se tratando de indivíduos adolescentes...

ORIGENS DA ESTRUTURA PSICÓTICA

A estrutura psicótica deriva-se dos sucessivos fracassos nos primitivos momentos evolutivos do psiquismo humano, desde quando o bebê começa a experimentar estados confusionais e ansiedade com relação a amor e ódio, objetos bons e objetos maus.

Segundo Klein (Apud Segal, 1975), no nascimento já existe ego suficiente para um bebê experimentar ansiedade, usar mecanismos de defesa e formar relações de objeto primitivas na fantasia e na realidade. Esta ansiedade é gerada por dois instintos, o instinto de vida e o instinto de morte. Diante da ansiedade gerada pelo instinto de morte, o bebê projeta a parte do Eu que o contém, no objeto externo, representado pelo seio materno, o qual, contendo grande parte do instinto de morte do bebê, é sentido como mau e ameaçador, dando origem ao sentimento de perseguição.

A intrusão do instinto de morte no seio é sentida como fragmentando-o em vários pedaços, de modo que o ego é confrontado com uma multidão de perseguidores. Parte do instinto de morte que permanece no Eu é convertido em agressividade e dirigido contra os perseguidores.

Ao mesmo tempo é estabelecida uma relação com o objeto ideal. A libido, energia que está a disposição do instinto de vida, é projetada, a fim de criar um objeto que irá satisfazer os esforços instintivos do ego para preservação da vida.

Portanto, o bebê estabelece um relacionamento com dois objetos. Com o objeto mau, que é o seio frustrador mais as

projeções dos próprios impulsos destrutivos do bebê no seio, e com o objeto bom, idealizado, que é o seio que gratifica, assim como as projeções dos próprios instintos de vida neste.

A ansiedade predominante nesse período é que o(s) objetos(s) perseguidor(es) irá(ão) aniquilar o Eu e o objeto ideal. O bebê utiliza, então, para preservar o Eu e o objeto idealizado, mecanismos de defesa, tais como: intensificação da cisão entre objeto ideal e frustrador, projeção, introjeção, idealização, identificação projetiva e negação.

Klein (Apud Segal, 1975) denominou essa fase do desenvolvimento do indivíduo, que ocorre por volta dos três primeiros meses de vida, de *posição esquizo-paranóide*, porque a ansiedade básica envolvida nesse processo é *paranóide* e o estado do Eu e de seus objetos é caracterizado pela cisão que é *esquizóide*.

A projeção e a introjeção são usadas a fim de manter afastados o máximo possível o objeto ideal e o perseguidor, mantendo-os sob controle. O ego esforça-se por introjetar o "bom" e projetar o "mau". Também pode haver situações em que o "bom" é projetado a fim de mantê-lo a salvo do que é sentido como destruidor no interior do seu self; ou objetos perseguidores são introjetados e mesmo identificados, numa tentativa de obter controle sobre eles.

A divisão está ligada à idealização crescente do objeto ideal, a fim de mantê-lo impermeável ao mal, enquanto que a negação precisa ser utilizada quando a perseguição torna-se muito intensa para ser suportada.

A identificação projetiva é outro mecanismo de defesa extremamente importante nessa fase do desenvolvimento. Nela, partes do Eu e objetos internos são expelidos e projetados dentro do objeto externo, o qual se torna possuído e controlado pelas partes projetadas, identificando-se com elas.

A principal consequência da identificação projetiva é que ela dá origem a ansiedades paranóides. Os objetos que o paciente sente possuírem as partes agressivas de seu Eu tornam-se persecutórios e são vivenciados como uma ameaça de retaliação.

Indivíduos psicóticos utilizam-se massivamente de identificações projetivas, sendo, portanto, constantemente ameaçados por ansiedades paranóides.

A identificação projetiva tem início quando a posição esquizo-paranóide é estabelecida em relação ao seio, mas persiste e em geral, intensifica-se quando a mãe é percebida como um objeto total e todo o seu corpo é penetrado por identificação projetiva. As formas mais intensas de identificação projetiva podem ser comparadas aos estados de fusão entre mãe e bebê.

Os mecanismos de defesa usados na posição esquizo-paranóide não servem apenas para proteger o ego de ansiedades aniquiladoras, mas, como etapas graduais no desenvolvimento.

Quando os mecanismos de divisão, projeção, introjeção, idealização, negação e identificação projetiva não conseguem dominar a ansiedade, e esta invade o ego, poderá ocorrer a desintegração do ego como medida defensiva. O ego fragmenta-se e divide-se em pequenos pedaços a fim de evitar a experiência da ansiedade. A desintegração é a mais desesperada de todas as tentativas do ego para afastar a ansiedade.

Se há predominância de experiências boas sobre as más, o bebê adquire maior capacidade de superar a ansiedade de perseguição, sem que mecanismos esquizóides sejam utilizados intensamente. O objeto bom e o objeto mau começam a ser integrados, levando gradualmente à percepção de um objeto total. Esta é a *posição depressiva* definida por Klein (Apud Segal, 1975).

A mãe é a mesma pessoa que frustra ou gratifica, e passa a ser percebida como objeto total e externo ao Eu, e capaz de reagir positiva ou negativamente aos impulsos instintuais do bebê. Este desenvolve, então, fantasias de perda ou dano ao objeto e, conseqüentemente sentimentos de culpa. Neste processo desenvolvem-se relações objetais mais maduras e existe uma maior habilidade para melhorar os relacionamentos humanos.

O paciente psicótico é, conforme a perspectiva kleiniana, um sujeito que não

conseguiu manter dentro de si vivências características da posição depressiva. Não podendo desenvolver uma capacidade suficiente para amar e diferenciar os objetos internos e externos, regride à posição esquizo-paranóide. Se a posição depressiva foi alcançada e, parcialmente elaborada, as dificuldades encontradas no desenvolvimento posterior do indivíduo não serão de natureza psicótica, mas de natureza neurótica.

Freud (Apud Fenichel, 1981) também preocupou-se com os mecanismos psicóticos e com a formação dos sintomas neuróticos, agrupando todos os fenômenos em torno do conceito básico de regressão. Esta regressão alcança épocas mais arcaicas do que qualquer neurose, especificamente, o tempo em que o ego começou a existir.

Bleger (Apud Mauer & Resnizky, 1987) fala numa fase de diferenciação, prévia à posição esquizo-paranóide, chamada *posição glisco-cárica*, que é uma relação do sujeito com um objeto aglutinado onde predominam ansiedades catastróficas e defesas primitivas, que funcionam num máximo de intensidade e de massividade. O ponto de partida do desenvolvimento individual é uma organização sincrética ou caracterizada pela falta de discriminação. Quando a passagem para uma fase de maior diferenciação não se realiza, forma-se o núcleo aglutinado, constituindo a parte psicótica da personalidade.

A simbiose seria, de acordo com esta teoria, uma relação de interdependência entre duas ou mais pessoas, na qual se mantém imobilizado e controlado o núcleo aglutinado. Na simbiose, não há discriminação entre realidade interna e mundo externo, entre o depositário e o projetado.

Bion (Apud Mauer & Resnizky, 1987) por sua vez, postula a coexistência entre um funcionamento psicótico e um não-psicótico dentro do mesmo indivíduo. Na personalidade psicótica, ao ocorrer a identificação projetiva, a parte projetada desintegra-se em fragmentos diminutos, os quais se projetam no objeto, desintegrando-o também em inumeráveis partes, produzindo no psicótico uma múltipla cisão, tanto de seu Eu, como de seus objetos, e o sentimento de que jamais poderá restaurá-los.

A personalidade não-psicótica, onde o ego não sofre modificações consideráveis durante o processo de projeção, não deixa de existir, mas é encoberta pela personalidade psicótica.

Bion (Apud Mauer & Resnizky, 1987) também destaca este processo como estando relacionado com a falta de capacidade de "reverie" da mãe, que não serve de continente adequado para as ansiedades do bebê.

Mahler (1989), por outro lado, atribui importância aos fatores constitucionais intrínsecos na gênese das psicoses. O dano básico do ego, que resulta em psicose, ocorre em crianças que possuem uma tendência hereditária ou constitucional para tal, que não pode ser complementado adequadamente nem pelos mais eficientes cuidados maternos. Esta autora pontualiza, além disso, dificuldades do sujeito no processo de separação-indivuação, já que a relação psicobiológica de dependência entre a mãe alimentadora e o bebê complementa o ego indiferenciado da criança. A esta matriz extra-uterina dos cuidados maternos, **Mahler (1989)** denominou de simbiose social.

A criança delimita paulatinamente sua própria identidade individual desde a união simbiótica primária mãe-bebê, separando o próprio self e sua representação mental, da mãe. Um contato corporal com a mãe, através de abraços e de carícias, é pré-requisito fundamental para uma demarcação entre o ego corporal e o não-self, dentro do estágio de simbiose somatopsíquico da unidade dual mãe-bebê.

Esta vaga discriminação sensória representativa de um grau de desenvolvimento do senso de realidade, é um estágio não alcançado ou mantido em quaisquer casos de psicose.

Através do conhecimento das diversas teorias sobre a origem dos transtornos psíquicos, pode-se compreender e atuar em profundidade e eficácia no tratamento com pacientes psicóticos.

ADOLESCÊNCIA E ESTADOS PSICÓTICOS:

O termo psicose define-se como: "as formas mais acentuadas de desordem na

conduta, onde o indivíduo caracteriza-se por uma incapacidade de adaptação social, pela perturbação em sua faculdade de comunicação, por sua falta de consciência da enfermidade, pela alteração no contato com a realidade e pelas profundas irregularidades de seu ego".

Os estados psicóticos na adolescência dificilmente classificam-se em categorias nosográficas precisas. Na verdade, as fronteiras entre o normal e o patológico encontram-se particularmente confusas, pois nenhuma conduta é, de fato, característica, e a conceituação acima descrita, poderia muito bem representar um adolescente não-psicótico. Para isto, basta lembrar a *Síndrome da Adolescência Normal* enunciada por **Knobel (1988)**.

Nesta etapa da vida, mesmo as condutas mais evocadoras, como um retraimento, uma interpretação delirante ou uma alucinação, podem ser encontradas em um processo não-psicótico.

Os aspectos psicopatológicos relacionam-se aos principais movimentos da fase de desenvolvimento constituída pela adolescência, assumindo então, a forma de distúrbios da identidade, interrogações ansiosas e desorganizadas acerca das transformações corporais e investimento narcísico exagerado em detrimento do investimento objetal. **Corboz (Apud Marcelli & Braconnier, 1989)** afirma que "*não existe explicitamente nenhum distúrbio psíquico encontrado exclusivamente durante a adolescência... salvo a crise puberal*", enquanto **Tiba (1991)** considera essas desorganizações como confusão pubertária.

Há um paralelismo muito determinante entre os fenômenos normais do adolescente e o início de um estado psicótico. Em ambos os casos o ego encontra-se em estado de fraqueza, estando, por vezes, desintegrado. O indivíduo usa defesas primitivas como negação, regressão, introjeção, cisão, projeção, identificação projetiva. Existe também flutuação do equilíbrio afetivo.

Estes estados são normalmente seguidos de um retorno ao mundo objetal e a novos progressos. No adolescente psicótico,

esta organização defensiva não é suficiente para fazer face às exigências pulsionais da puberdade, e acontece a desintegração do ego e a ruptura severa da continuidade da personalidade, embora os elementos psicopatológicos dos diferentes estados psicóticos constituam para o adolescente, tentativas de reorganizar sua identidade, sua individualização e novas relações de objeto.

Neste caso, o diagnóstico deve ser diferenciado das outras formas de crise, levando-se em consideração a ocorrência de episódios ou surtos anteriores, fatores de alto risco ou traços esquizóides de personalidade. Recomenda-se não evocar o diagnóstico antes dos seis meses de distúrbios patentes.

Na clínica, podemos observar manifestações agudas, como surtos delirantes, estados confusionais agudos, distúrbios de aspecto maníaco, melancólico ou misto, de caráter atípico; ou mesmo, formas insidiosas, difíceis de detectar, onde predominam esmorecimento, fracasso escolar, condutas bizarras impulsivas ou compulsivas.

As transformações físicas observáveis e a descoberta de um corpo pulsional ameaçam a unidade e a integridade da imagem que o adolescente tem de si próprio: as primeiras regras ou as primeiras ejaculações podem ser particularmente ansiogênicas, reativando com o temor da castração e a culpa edipianos, a angústia de fragmentação que se encontra no fundo da psique de todo ser humano.

Esta intensa ansiedade poderá resultar em um comportamento estranho, às vezes, condutas automutiladoras e destrutivas, falas desconexas, tornando-se necessário um tratamento apropriado.

Dentre as patologias mentais que mais comumente acometem adolescentes está a esquizofrenia.

São vários os tipos de transtornos esquizofrênicos, e em geral, caracterizam-se por dissociação, desestruturação e separação do mundo externo. **Bleuler (Apud Kaplan & Sadock, 1986)** considerou a divisão da personalidade como a característica central da doença.

A desagregação corresponde ao período inicial da patologia, onde a percepção interna da perda das relações objetais produz sentimentos de despersonalização e fantasias de que o mundo está para acabar. O esquizofrênico desinteressa-se completamente dos objetos, retirando a libido destes. Retorna, então, a um estado de narcisismo primário, pré-ambivalente e sem objetos. A regressão ao período de vida em que o Eu não realizou sua síntese, e núcleos distintos primitivos funcionam autonomamente, constituindo ao mesmo tempo, uma desintegração no sentido de perda de integração e síntese do Eu. Também, os sistemas do aparelho psíquico ainda não estão diferenciados entre si, e o superego não tem ainda controle efetivo sobre a regulação dos instintos. O ego do psicótico rompe com o mundo exterior que lhe restringe a liberdade instintiva.

Porém, toda desagregação psicótica conduz necessariamente a uma restituição. Como foi anteriormente dito, a teoria psicanalítica postula à psicose uma retirada da realidade por descategorização da mesma e tem considerado as restituições psicóticas como uma reconstrução ou restabelecimento, se bem que patológico, da libido objetal. Esta reconstituição pode ser compreendida, no sentido kleiniano do termo, como uma reparação.

Bleger (1971) considera os fenômenos de restituição como um conjunto de manifestações reparatórias e/ou curativas que tendem a solucionar uma fragmentação ou "splitting" patológico. Diz ainda este autor, que a reconstituição é a melhor forma de organização ou reorganização do Eu e da realidade, encontrada por um indivíduo, em um dado momento, como modo de defender-se ou resolver uma condição de fragmentação que resulta mais alarmante ou catastrófica para o próprio sujeito. Já que não pode integrar-se de outro modo, o esquizofrênico reconstrói ou reestrutura patologicamente uma particular coerência e unidade entre seu Eu e o seu mundo.

OS SINTOMAS ESQUIZOFRÊNICOS:

A síndrome esquizofrênica é heterogênea quanto à causa, patologia,

quadro apresentado, curso e resposta ao tratamento. Há episódios passageiros ou psicoses severas que terminam em demência permanente.

Os aspectos comuns abrangem a estranheza e a índole fantasmática dos sintomas, o absurdo e a imprevisibilidade dos afetos e das idéias intelectuais.

Há sintomas esquizofrênicos que são expressões diretas do colapso regressivo do ego e da anulação de diferenciações que se adquiriram pelo desenvolvimento psíquico; outros sintomas representam tentativas diversas de restituição ou restauração daquilo que se perdeu pelo narcisismo patogênico. A primeira categoria de sintomas abrange fenômenos tais como, fantasias de destruição do mundo, sensações corporais, sentimento de despersonalização, delírios de grandeza, modos arcaicos de pensar e falar, sintomas hebefrênicos e certos sintomas catatônicos; na segunda categoria incluem-se as alucinações, os delírios, a maior parte das peculiaridades verbais e sociais esquizofrênicas, além de alguns sintomas catatônicos.

Relatarei os sintomas que nos pareceram ser predominantes no paciente esquizofrênico, cujo caso clínico será descrito posteriormente no decorrer deste trabalho.

SEXUALIDADE E RELACIONAMENTO OBJETAL:

Fenichel (1981) dá o nome de "*adictos dos objetos*" aos esquizofrênicos que lutam contra a perda eminente dos objetos, ou mesmo, em suas tentativas de restituição. As pessoas deste tipo apegam-se a tudo e a todos, dirigidas pelo sentimento e temor intenso de perdê-los.

Existem pacientes que aderem com a mesma tenacidade a substitutos de objetos, como idéias, obsessões, manias e tudo o que represente uma conexão com o mundo objetivo. Perdida a índole concreta e real, as representações desta ordem, dizem respeito, frequentemente a abstrações. Muitos esquizofrênicos com idéias de salvação da humanidade projetam a percepção de que eles próprios precisam salvar-se da perda dos objetos.

Os esquizofrênicos também são capazes de reações transferenciais repentinas e intensas, tanto amorosas quanto sensuais ou hostis. A característica básica desta transferência psicótica está em sua qualidade simbiótica. Há um aglomerado de experiências frustrantes e gratificantes, de diversos momentos do começo da vida do latente, de diferentes graus e intensidade; isto em todas as etapas do desenvolvimento (oral, anal, genital), com uma falta de estratificação e sequência entre as mesmas, com aspectos muito variados da realidade externa, cada um dos quais com um pequeno núcleo do ego, mas tudo aglutinado, não diferenciado, nem discriminado.

Desta relação aglutinada primitiva depende o déficit na personificação, no sentido de realidade, no sentimento de identidade no esquema corporal, processos que se desenvolvem conjuntamente. Neste objeto ou núcleo aglutinado, não há realmente uma relação objetual entre os objetos e núcleos do ego envolvidos, mas uma verdadeira "*identificação primária*", pois não ocorreu uma diferenciação entre o objeto e parte do ego a ele vinculada, como disse **Fairbairn (Apud Bleger, 1988)**. Aí, as ansiedades são extremas, poderosas e maciças, devido à grande debilidade e falta de coesão do ego, e porque este se vê macivamente ameaçado por este núcleo aglutinado que se move em bloco; são ansiedades confusionais, frente as quais atuam defesas primitivas e violentas.

A violência das reações esquizofrênicas mostram que estes estão tentando ganhar contato com o mundo objetivo, mas só o conseguem em ataques súbitos e durante curto tempo.

As expressões sexuais, numerosas e múltiplas, mistura de todos os níveis de desenvolvimento libidinal, apresentam-se também como tentativas de restituição nesta ordem. Encontram-se atividades auto-eróticas de todas as formas: dificuldades alimentares que vão desde a recusa de alimentos até a bulimia; manifestações primitivas de erotismo anal, como incontinência, defecação, coprofilia; formas primitivas de relações com os objetos; objetivos de incorporação; sobrevalorização mágica das funções excretórias.

A primazia genital nas pessoas predispostas à esquizofrenia não parece ser muito forte, e os impulsos genitais apresentam-se em competição constante com os pré-genitais.

PENSAMENTO E LINGUAGEM ESQUIZOFRÊNICOS:

A lógica esquizofrênica é idêntica ao pensamento primitivo, onde as imagens concretas não correspondem à realidade objetiva, mas são formadas ou influenciadas pelas qualidades mágicas e onipotentes, capazes de realizar desejos, do tipo arcaico de pensamento que o indivíduo possui quando bebê.

A partir deste desejo de reconstruir uma nova realidade é que surgem os delírios e as alucinações. Os delírios são falsos juízos da realidade e tentativas de substituir as partes perdidas; é freqüente conterem elementos desta realidade repudiada e porções de impulsos rejeitados, além de exigências projetadas do superego. As alucinações são substitutos das percepções, depois que se perde ou se lesa o juízo da realidade objetiva; as alucinações podem até ocorrer simultaneamente com as percepções, constituindo as ilusões. Tanto nas alucinações, como nos delírios, o ego tenta criar uma realidade que seja mais conveniente. No entanto, na maioria das vezes, estas não são prazerosas, nem parecem realizar simples realizações de desejos.

Freud (Apud Fenichel, 1981) sugeriu que a angústia que acompanha estas manifestações resulta do aparecimento de parte da realidade repudiada ou de um id ou superego repudiados. Ambos representam condensações de elementos perceptivos, idéias, recordações, distorcidos sistematicamente, de modo que demonstram seus desejos instintivos rejeitados, bem como ameaças do superego.

Quanto ao conteúdo ideacional do pensamento, exprime livremente idéias que pessoas não psicóticas reprimem profundamente. **Fenichel (1981)** relata ter a impressão de o ego esquizofrênico haver sido

esmagado por intensas exigências instintivas, as quais terão irrompido na consciência.

A configuração verbal do pensamento, já que depende da habilidade do sujeito para integrar, está intimamente ligada à posição depressiva, que é uma fase de ativa síntese e integração. Há também o desenvolvimento da capacidade de simbolização, que promove o desenvolvimento das atividades do pensar.

Ao produzir-se a regressão do sujeito à posição esquizoparanóide, este volta-se destrutivamente contra sua capacidade para o pensamento verbal, porque foi um dos elementos que provocou contato psíquico com a realidade, ocasionando a sua dor.

Para o esquizofrênico, a linguagem deixa de ser um código social compartilhado e transforma-se num símbolo pessoal. Aparecem frequentemente os neologismos, monólogos, incoerência sintática, etc.

Freud (Apud Fenichel, 1981) mostrou que os esquizofrênicos usam a linguagem também como fenômeno que visa à restituição, como podemos observar no cuidado especial na maneira de exprimir-se.

Como não estabelecem relações com o outro como um objeto total, os esquizofrênicos têm enormes dificuldades para manter uma comunicação fluida e resulta-lhes difícil transmitir uma informação ou expressar sentimentos devido à pobreza dos seus meios de verbalização.

A LINGUAGEM NÃO VERBAL:

Como tentar compreender a comunicação utilizada por estes indivíduos que psicicamente funcionam como um bebê?

Acreditamos ser a questão bastante complexa, o que se faz necessária uma intervenção multi e interdisciplinar. O grau de êxito alcançado em função do fortalecimento do ego, da adaptação à realidade e da reintegração social, dependerá de diversos fatores, inclusive o da escolha adequada da técnica a ser utilizada.

A regressão especialmente profunda que o psicótico realiza justifica o uso de princípios psicanalíticos nas desordens

psíquicas, sendo o tratamento baseado em meios psicológicos que utilizem mais precisamente a relação entre terapeuta e paciente. É claro que não nos referimos à técnica psicanalítica clássica, pois seria contra-indicada em virtude de sua aplicabilidade rigorosa.

Ainda assim, para que haja condições mínimas de trabalho psicoterápico, deve existir componentes relativamente saudáveis da personalidade do paciente e intacta a capacidade de verbalização, o que nem sempre é possível nos transtornos psicóticos.

O receio que o psicótico apresenta frente a qualquer tentativa de aproximação esbarra com a defesa natural da própria identidade fragmentada e da separação entre ele e o mundo externo. Este acesso ao paciente pode ser feito através da terapia ocupacional, que utilizando-se de recursos ou atividades pode proporcionar ao paciente novas chances de vivenciar gratificações relativas às fases primitivas do desenvolvimento, favorecendo a integração das diferentes funções psíquicas. O simples fato da expressividade contida nas ações possibilitará dar "forma às desordens internas vividas, pois na medida em que vão sendo projetadas nos desenhos e nas pinturas, tornam-se possíveis de serem compreendidas e elaboradas" (APUD SILVEIRA, 1981).

Winnicott (1988) enfatiza que nas primeiras fases do processo maturativo a criança se exprime com um gesto espontâneo. A mãe "suficientemente boa" deve responder repetidamente ao gesto espontâneo ou alucinação sensorial da criança. Ao apresentar o mundo objetal, a "mãe suficientemente boa" fornece à criança uma experiência de onipotência na medida em que lhe apresenta o objeto no momento em que a criança sente vagamente a necessidade deste. O verdadeiro self começa a ter vida através da força que a mãe confere ao seu frágil ego, dando corpo às expressões onipotentes do filho. O "verdadeiro self" possui espontaneidade e familiaridade com uma escuta que todas as vezes teve uma resposta.

Deste modo, o simbolismo do paciente funcionará como um gesto espontâneo e o terapeuta ocupacional deverá

ser capaz de responder adequadamente às suas ações e necessidades.

Ressaltamos, sobretudo, que as atividades plásticas dos pacientes não sejam utilizadas para fins diagnósticos, mas que sejam o caminho menos difícil para penetração no mundo interno destes indivíduos.

O terapeuta ocupacional procura descobrir nas imagens pintadas materiais reprimidos disfarçados. A imagem servirá como ponto de partida para associações verbais, até que sejam alcançados os conteúdos inconscientes reprimidos. Retendo sobre o papel fragmentos do drama que está vivenciando desordenadamente, o paciente despotencializará figuras ameaçadoras, conseguirá desidentificar-se de imagens que o aprisionavam. Tudo isso poderá acontecer num processo de autocura, lembrando que dificilmente qualquer tratamento será eficaz se o doente não tiver a seu lado alguém que represente um ponto de apoio sobre o qual ele faça investimento afetivo. A volta à realidade depende em primeiro lugar de um relacionamento confiante com alguém, relacionamento que se estenderá aos poucos a contatos com outras pessoas e com o ambiente.

CASO CLÍNICO:

R. é um adolescente esquizofrênico que comunica a sua dissociação da realidade através da abstração, estilização e geometrismo (ver figura nº 01). Não consegue concretizar figuras humanas nem outras formas orgânicas em geral. A expressão plástica revela além do desligamento cada vez maior do mundo real, a negação da afetividade, já que os sentimentos de carência resultam tão dolorosos que o paciente opta por negar suas necessidades, tentando viver desconectado da relação com os objetos externos. O geometrismo mostra-se significativo de esforços instintivos para apaziguar tumultos emocionais e busca de refúgio em construções estáveis.

Segundo a concepção bleuleriana, a cisão das diferentes funções psíquicas é uma das características mais importantes da



FIGURA 01

esquizofrenia. Estas cisões internas aparecem nas produções de R. pela ruptura e fragmentação das formas (ver figura nº 02), na qual o próprio paciente relata ser a “desintegração de seu cérebro” (SIC).

As imagens circulares ou tendendo ao círculo, que aparecem em várias auto-expressões de R. demonstram forte tentativa do inconsciente para formar uma compensação à situação de caos do consciente, procurando como que compensar a dissociação esquizofrênica. Estes símbolos circulares são denominados por Jung (Aud SILVEIRA, 1981) de mandalas. As mandalas, apesar tentarem dar forma aos movimentos instintivos da psique, não significam que desde logo, a ordem psíquica seja restabelecida. As imagens circulares exprimem tentativas, esboços, projetos de renovação. Estas mandalas podem aparecer providas de pontas no seu contorno, espécie de autoproteção contra ameaças do mundo externo ou defesa para impedir que forças dissociativas e conteúdos perigosos do

mundo interno se apoderem de todo o espaço psíquico (ver figuras nº 01 e nº 03). Também a procura de um ponto central nas tentativas instintivas de reconstrução da personalidade cindida, às vezes, toma o caminho de um complicado labirinto ou a forma de espiral.

De acordo com o movimento conhecido como antipsiquiatria, a esquizofrenia seria uma doença social, resultante do aprisionamento do indivíduo nas malhas de relações interpessoais opressoras, e na invalidação pela sociedade daqueles que não se acomodam passivamente às suas normas. O indivíduo é cada vez mais empurrado para fora da realidade externa, levando-o a fugir para seu mundo interno. Essa teoria considera importante as difíceis situações interpessoais que o sujeito vivencia na família e na sociedade. Os abalos emocionais resultantes dessa problemática, na verdade, são material sadio que visa compensar a situação externa adversa, encontrar saída para impasses intoleráveis, embora de forma arcaica e primitiva.

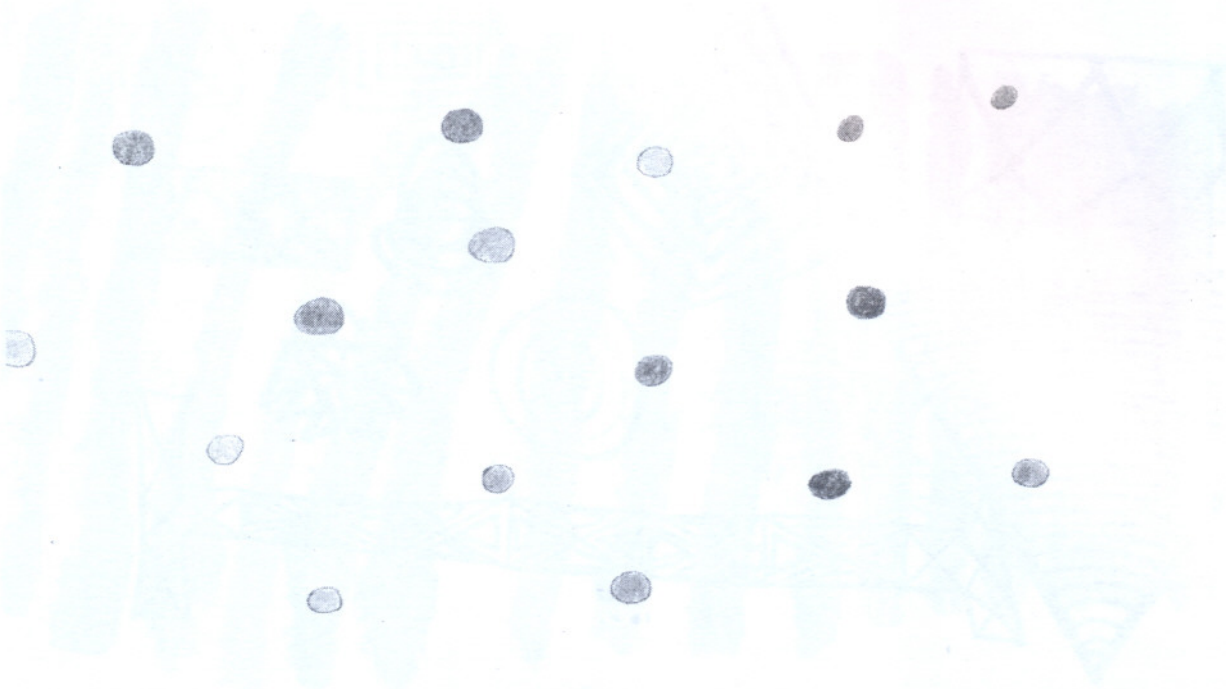


FIGURA 02

R. é filho único de uma família com os rígidos costumes da cultura oriental. O genitor abandonou-o ainda quando criança, ficando aos cuidados da mãe e dos avós maternos. A relação simbiótica com a mãe, percebida pela amamentação até os quatro anos de idade, faz com que R. sinta-se e permaneça fusionado a esta. A auto-expressão simboliza o seu conflito: "grades" é o nome que dá à sua produção (ver figura nº 04).

O espaço disponível no papel para R. também é insuficiente. Através da estruturação do espaço pode-se entender as relações do indivíduo com o meio onde vive. O espaço imaginário e o espaço da realidade estão estreitamente interligados. A reconstrução do espaço cotidiano acompanha a reconstrução do "Eu".

R. sempre pareceu ter uma personalidade esquizóide: não gosta de ter amigos, passear, fica trancado em seu quarto, está sempre preocupado com os problemas do universo, abandonou os estudos do 2º grau, apesar de ter sido um dos primeiros alunos da classe. Está sempre pensando que as

pessoas riem e zombam dele, mesmo sem conhecê-lo.

A idealização como mecanismo esquizóide expressa-se na fachada defensiva da casa-castelo (ver figura nº 05) frente ao medo de destruição e fraqueza corporal. A incerteza da identificação sexual também surge, talvez em defesa contra o perigo eminente de incesto, como podemos ver pelo tipo de construção escolhida: ênfase na força, indestrutibilidade, permanência no tempo e fechadura.

Questões ambivalentes a respeito da sexualidade surgem constantemente: desejo de satisfazê-la e crescer num plano genital adulto, e desejo de voltar a ser criança, onde estes conflitos ainda não evocavam com tanta intensidade. A repressão familiar contribui para reforçar a cisão de seus objetos internos e externos, e o paciente opta por negar a realidade encontrando refúgio na fantasia e fazendo alusões a um mundo ideal, mágico e onde "não existisse sexo" (SIC).

A abordagem com a família é um elemento essencial para o tratamento de R., pois além de constituir um bom auxiliar no

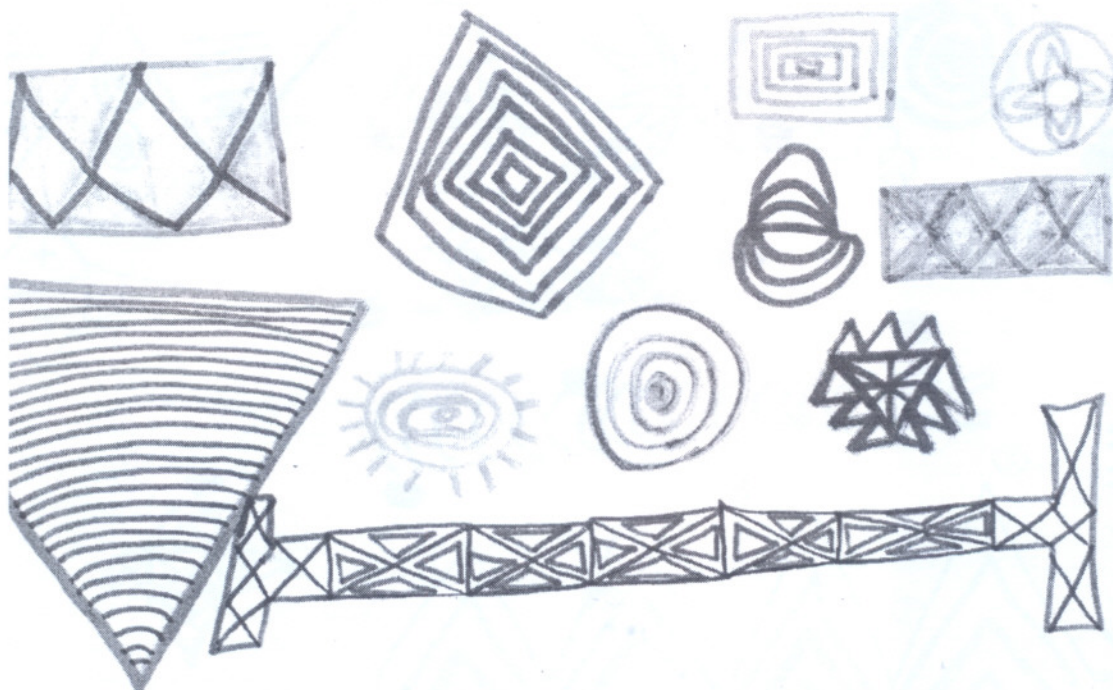


FIGURA 03

prognóstico, enriquece consideravelmente a compreensão da emergência dos estados psicóticos. Geralmente o psicótico assume o papel de bode expiatório, ou seja, aquele que denuncia o conflito da família ou tem a função de manter a homeostase familiar.

No caso em questão, a família de R. mostra-se extremamente resistente a qualquer tipo de intervenção terapêutica.

A casa-caixa (ver figura nº 06) assegura o isolamento necessário para manter a unidade dual com a mãe. As frases exprimem o desejo de separar-se da família, de conseguir a individualidade, a qual não chega a concretizar-se porque R. não alcançou a discriminação egóica característica da posição depressiva, sendo esta relação uma extensão do seu próprio Eu.

Para estabelecer conexões entre as imagens que emergem do inconsciente e a situação emocional que está sendo vivida pelo paciente, faz-se necessário um estudo comparado de muitas auto-expressões. É difícil apreender significações em uma única imagem projetada, mas em série, permitem que decifremos com bastante clareza os

processos intrapsíquicos. Por isso, um bom conhecimento da psicodinâmica de R. também muito contribui para que o terapeuta ocupacional possa compreender simbolicamente o significado das atividades, podendo desta maneira, gratificar as necessidades emocionais básicas do paciente.

Outro ponto importante é que a práxis funciona nesta abordagem terapêutica como um fenômeno transicional, na medida em que esta relação intermediária ou área de jogo, que é a atividade, permite o elo entre paciente e terapeuta.

Vale lembrar que sem a intervenção farmacológica, talvez não tivesse sido possível a utilização de modalidades terapêuticas psicoterápicas e socioterápicas, nas quais se insere a terapia ocupacional, pois R., algumas vezes, mostra-se bastante agressivo, com delírios persecutórios e com inquietação psicomotora.

Apesar da patologia grave e de difícil prognóstico, a equipe ambulatorial composta por psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social atuou de



FIGURA 04

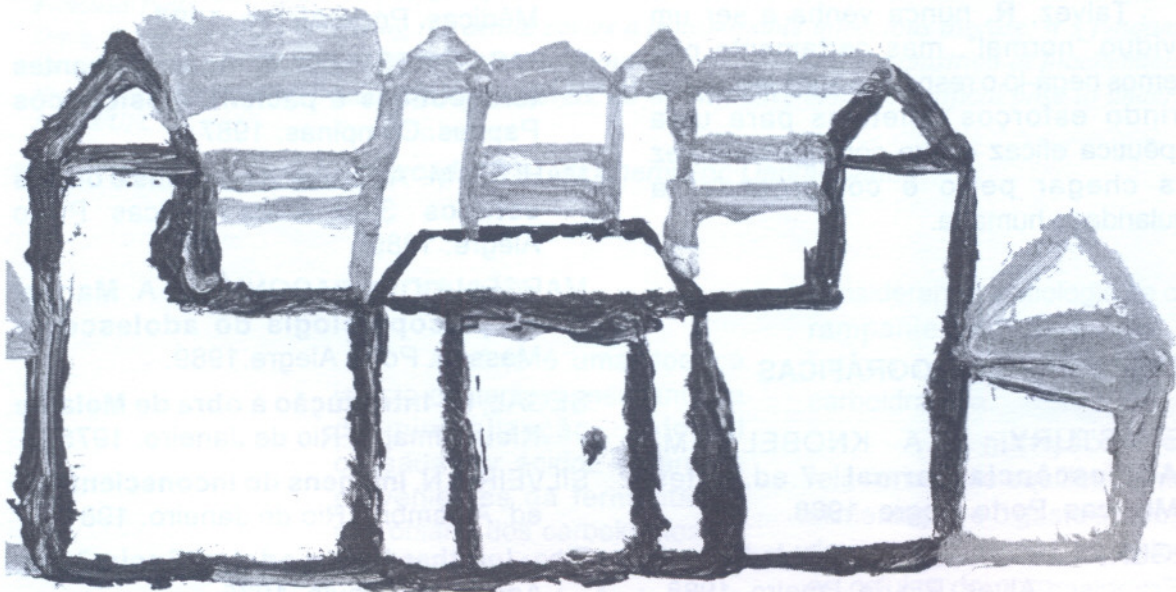


FIGURA 05



FIGURA 06

forma continente, impedindo de certo modo, a eclosão de uma crise mais severa, evitando internações e mantendo R. em convívio familiar e social.

Talvez, R. nunca venha a ser um indivíduo "normal", mas certamente não podemos negá-lo o respeito à sua identidade, nutrindo esforços coletivos para uma terapêutica eficaz e que consiga cada vez mais chegar perto e compreender a singularidade humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A., KNOBEL, M. **Adolescência normal** 7.ed. Artes Médicas. Porto Alegre. 1988.
- BLEGER, J. **Simbiose e ambigüidade** 3.ed. Francisco Alves. Rio de Janeiro. 1988.
- CALIL, V. L. **Terapia familiar e de casal** Summus. São Paulo. 1987.

- FENICHEL, O. **Teoria psicanalítica das neuroses** Atheneu. São Paulo. 1981.
- KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. **Compêndio de psiquiatria dinâmica** 3.ed. Artes Médicas. Porto Alegre. 1986.
- KURAS, S., RESNIZKY, S. **Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos** Papirus. Campinas. 1987.
- MAHLER, M. **As psicoses infantis e outros estudos** 3.ed. Artes Médicas. Porto Alegre. 1989.
- MARCELLI, D., BRACONNIER, A. **Manual de psicopatologia do adolescente** Masson. Porto Alegre. 1989.
- SEGAL, H. **Introdução à obra de Melanie Klein**. Imago. Rio de Janeiro. 1975.
- SILVEIRA, N. **Imagens do inconsciente** 3. ed. Alhambra. Rio de Janeiro. 1981.
- Tiba, I. **Puberdade e adolescência** 3. ed. Ágora. São Paulo. 1985.
- WINNICOTT, D. **Os bebês e suas mães** Martins Fontes. São Paulo. 1988.